

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1961

THÈSE

N°

528

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
DIPLOME D'ÉTAT
PAR

Pierre VAZEUX

né le 14 Janvier 1927 à FONTAINEBLEAU (S & M)

Interne des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le :

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES TUMEURS KYSTIQUES DES COLONS.
A PROPOS D'UNE OBSERVATION EXCEPTIONNELLE
D'HETEROTOPIE OVARIENNE DANS LA PAROI COLIQUE.

Président : Mr. Marcel ROUX, Professeur.

ÉDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE . PARIS-V^e

1961

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1961

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Pierre VAZEUX

né le 14 Janvier 1927 à FONTAINEBLEAU (S & M)

Interne des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le :

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES TUMEURS KYSTIQUES DES COLONS.
A PROPOS D'UNE OBSERVATION EXCEPTIONNELLE
D'HETEROTOPIE OVARIENNE DANS LA PAROI COLIQUE.

Président : Mr. Marcel ROUX, Professeur.

ÉDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE . PARIS-V°

16



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PROFESSEURS

1-10-1960

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Gastinel (P.), Guillaïn (G.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Loeper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis, Richet (C.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN Léon BINET.
Membre de l'Institut
ASSESEUR. Jean VERNE.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M. F.)
» » (Prof ^r à titre personnel)	ETTORI (J.)
» » (Prof ^r à titre personnel)	SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
» » (Prof ^r à titre personnel)	BOURLIÈRE (F.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
	SICARD (A.)
	N.
Cliniques chirurgicales	PATEL (J.)
	CORDIER (G.)
	GOSSET (J.)
	MOULONGUET (P.)
	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	GAUDART-D'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	MATHEY (J.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	DECOURT (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	LAMY (M.)
Clinique de génétique médicale (Enfants-Malades)	FUNK-BRENTANO (P.)
Clinique gynécologique (Broca)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St-Louis)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	DELAY (J.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (St-Anne)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	N.
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	LENÈGRE (J.)
	SOULIÉ (P.)
	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Cliniques médicales	BROUET (G.)
	BARIÉTY (M.)
	DREYFUS (G.)
	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (G.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales	LACOMME (M.)
	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (St-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie Sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-physiologie (Laënnec)	BERNARD (E.)
Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	N.
Clinique thérapeutique médicale (St-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique (Cochin)	N.
Embryologie	GIROUD (A.)
» » (Prof ^r à titre personnel)	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	SÈZE (S. de)
Histologie	VERNE (J.)

Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)
 Hygiène et médecine préventive (Prof^r à titre personnel)
 Médecine du Travail
 Médecine légale
 Microbiologie (Bactériologie et virologie)
 Parasitologie (Prof^r à titre personnel)
 Pathologie chirurgicale (Prof^r à titre personnel)
 » » »
 Pathologie exotique
 Pathologie expérimentale et comparée
 Pathologie médicale
 Pathologie respiratoire
 Pathologie et thérapeutique générales
 Pharmacologie (Prof^r à titre personnel)
 Physiologie (Prof^r à titre personnel)
 » » »
 Physiologie et pathologie obstétricale
 Physique médicale (Prof^r à titre personnel)
 » » »
 Radiologie médicale
 Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale
 Thérapeutique

MM.
 TURPIN (R.)
 JOANNON (P.)
 DEPARIS (M.)
 DESOILLE (H.)
 PIÉDELIEVRE (R.)
 FASQUELLE (R.)
 GALLIARD (H.)
 BRUMPT (L. C.)
 COUVELAIRE (R.)
 LAURENCE (G.)
 LAVIER (G.)
 MERKLEN (F.-P.)
 MILLIEZ (P.)
 TURIAF (F.)
 BOUDIN (G.)
 CHEYMOL (J.)
 LÉVY (Mlle J.)
 BINET (L.)
 BARGETON (D.)
 PARROT (J.)
 LEPAGE (F.)
 DOGNON (A.)
 DJOURNO (A.)
 DESGREZ (H.)
 LÉGER (L.)
 CONTE (M.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

MM.
 Anatomie { CABROL (C.)
 COUINAUD (C.)
 OLIVIER (G.)
 GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.)
 pr. s. ch.
 Anatomie pathologique . . . { BUSSET (F.)
 GOUYGOU (Ch.)
 ORCEL (L.)
 PAILLAS (J.)
 Anesthésiologie VOURC'H (G.)
 Bactériologie { BARBIER (P.)
 CHRISTOL (D.)
 TOURNIER (P.)
 Biochimie médicale { DESGREZ (P.), pr. s. ch.
 POLJANSKI (J.), m. conf.
 Biologie appliquée à l'Éducation
 Physique et aux Sports PLAS (F.)
 Carcinologie { DENOIX (P.)
 MATHE (G.)
 Dermato-Syphiligraphie . . . DUPERRAT (B.)
 Electro-Radiologie LEDOUX-LEBARD (G.)
 Hématologie { BILSKI-PASQUIER (G.)
 DAUSSET (J.)
 COUJARD (R.) pr. s. ch.
 Histologie { MAROIS (M.)
 RACADOT (J.)
 Hydrologie CORNET (A.)
 Hygiène { BOYER (J.), pr. s. ch.
 CORRE-HURST (Mme L.)
 Maladies infectieuses { BASTIN (R.)
 DUPONT (V.)
 DEROBERT (L.), pr. s. ch.
 Médecine légale { HADENGUE (A.)
 FOURNIER (E.)
 GUENIOT (M.)
 Médecine du travail ALBAHARY (G.)
 Neurologie LHERMITTE (F.)
 GRANJON (A.)
 HERVET (E.)
 LE LORIER (G.)
 Obstétrique { MORIN (P.)
 MUSSET (R.)
 ROBEY (M.)
 THOYER-ROZAT (J.)

MM.
 Ophtalmologie { BRÉGEAT (P.)
 SARAUX (H.)
 Orthopédie { JUDET (R.)
 RAMADIER (J.)
 Oto-rhino-Laryngologie . . . DEBAIN (J.)
 Parasitologie CHABAUD (A.)
 BARCAT (J.)
 BINET (J.-P.)
 CAUCHOIX (J.)
 CHATELIN (G.-L.)
 DUBOST (Ch.)
 DUBOST (Cl.)
 Pathologie chirurgicale . . . { FAUREL (J.)
 FLABEAU (F.)
 GERMAIN (A.)
 LOYGUE (J.)
 MERCADIER
 PERROTIN (J.)
 ROBERT (H.)
 THOMERET (G.)
 Pathologie exotique SCHNEIDER (J.)
 Pathologie expérimentale . . { CROSNIER (J.)
 HARTMANN (L.)
 LÉPER (J.)
 MAURICE (J.)
 RICHEL (G.)
 AUSSANNAIRE (M.)
 BOUR (H.)
 BOUVIER (J.)
 BOUVRAIN (Y.)
 BRICAIRE (H.)
 BRISSAUD (H.)
 BROCARD (H.)
 BUGE (A.)
 CASTAIGNE (P.), m. conf.
 CATINAT (J.)
 Pathologie médicale { CONTAMIN (F.)
 COURY (C.)
 FREZAL (J.)
 HOUSSET (E.)
 LAROCHE (O.)
 LESOBRE (R.)
 MAGREZ (G.)
 NICK (J.)
 PEQUIGNOT (H.) pr. s. ch.
 ROYER (P.)
 WOLFROMM (R.)

	MM.		MM.
	JOSEPH (R.)	Pneumo phtisiologie . . .	KREIS (B.)
	MANDE (R.)	Psychiatrie	PICHOT (P.)
Pédiatrie-Puériculture . . .	MOZZICONACCI (P.)	Psychiatrie infantile . . .	DUCHÉ (D.)
	POLONOVSKI (G.)	Rhumatologie	DELBARRE (F.)
	ROSSIER (A.)		
Pharmacologie	BOISSIER (J.)	Stomatologie	GERNÉA (P.)
	LECHAT (P.)		CHAPUT (M ^{me} A.), m.c. agr.
Physiologie	DEJOURS (P.)		GRELLET (M.)
		Thérapeutique	CHASBAGNE (P.)
Physique médicale	GOUGEROT (L.), m. conf.		LAMOTTE (M.)
	pr. s. ch.	Urologie	QUENU (L.)
	KELLERSHOHN		

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.		MM.
Anatomie	DEBEYRE	Clinique obstétricale . . .	GRASSET (J.)
			MAYER (M.)
			RAVINA (J.)
	ABOULKER (P.)	Clinique ophtalmologique .	DESIGNES (P.)
	ANGELINE (A.), pr. s. ch.		OFFRET (G.)
Clinique chirurgicale . . .	HUGUIER (J.)	Clinique oto-rhino-laryngo-	
	OLIVIER (G.)	logique	MADURO (R.)
	PADOVANI (P.)	Clinique pédiatrique et pué-	
	POILLEUX (F.)	riculture	LAPLANE (R.)
	ROUX (M.)	Clinique psychiatrique . .	BARUK (H.)
	VERNE (J.-M.)	Clinique urologique . . .	KUSS (R.)
Clinique médicale	DOMART (A.)	Médecine légale	GAULTIER
	PERRAULT (M.)		
	RAMBERT (P.)		
	THIEFFRY (S.)		

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. — CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

	BOLTANSKI (E.)
	LAUNAY (C.)
Secrétaire général de la Faculté . .	M. LENA (J.)
Secrétaires	M ^{me} BEURLAND (H.), M ^{lle} CHAINTREUIL (G.), M ^{me} ROCHE (L.)
Conservateur en Chef	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur	Mlle DUMAITRE (P.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Milles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A ma femme,

A mon père, Docteur L. VAZEUX,

In memoriam,

A mon frère, Docteur J. VAZEUX,

A ma famille.

A mon Maître, Monsieur le Professeur M. ROUX,

Professeur de Clinique Thérapeutique Chirurgicale
à la Faculté

qui m'a suggéré le sujet de cette
thèse,

me fait l'honneur d'en être le
président

à qui je voue toute ma reconnaissance
pour l'enseignement qu'il m'a prodigué.

A mes Maitres dans les Hôpitaux :

Externat : Monsieur le Docteur R. BERNARD

Monsieur le Docteur DUPUY

Monsieur le Docteur BOURGEOIS

Monsieur le Professeur DEGOS

Monsieur le Docteur FACQUET

Monsieur le Professeur agrégé ABOULKER

Monsieur le Docteur MOUSSOIR

Monsieur le Professeur MERLE D'AUBIGNE

Monsieur le Docteur JANET

Externat en premier :

Monsieur le Docteur GERARD-MARCHANT

Internat Monsieur le Docteur MEILLERE

Monsieur le Docteur R. BERNARD

Monsieur le Professeur FEVRE

Monsieur le Professeur ROUX

Monsieur le Docteur LONGUET

Monsieur le Professeur Agrégé ABOULKER

A mes autres Maitres :

Monsieur le Professeur Agrégé ROBERT JUDET

Monsieur le Docteur André TOUPET

Monsieur le Docteur D. PELLERIN

A mes Aînés :

Monsieurs les Docteurs CHARLEUX, HOURTOULLE, COLLOT,
JEAN JUDET, BIENAYME, LANGUEPIN, ARSAC, CHABROL,
PIRONNEAU, SAKS, WETTERWALD, BERGE, STEG.

A mes Collègues d'Internat.

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES TUMEURS KYSTIQUES DES COLONS

A PROPOS D'UNE OBSERVATION EXCEPTIONNELLE D'HETEROTOPIE OVARIENNE DANS LA PAROI COLIQUE

Nous avons eu la chance d'observer dans le service de notre maitre Monsieur le Pr Roux, un cas curieux et peut être unique d'un kyste fonctionnel ovarien, inclus dans la paroi colique.

Nous n'avons trouvé en effet, dans la littérature aucune observation à rapprocher de celle-ci, et les anatomo-pathologistes ne nous ont fourni aucune pathogénie, aucune théorie embryologique, susceptibles d'expliquer la présence dans le sigmoïde de tissu ovarien normal.

A propos de ce cas, il nous a semblé intéressant d'étudier les rares et peu connus kystes du colon.

Observation - Mme D., 42 ans, entre le 13-1-60 dans le service du Docteur Lambling, pour étude d'une masse sigmoïdienne, découverte et respectée au cours d'une intervention pelvienne pour fibrome.

L'histoire de la maladie est complexe, du fait de la multiplicité des interventions subies et que nous résumerons :

- 1950 : hysteropexie pour retroversion utérine douloureuse
- 1951 : salpingectomie gauche pour annexite
- 1955 : du fait de la persistance des douleurs hypogastriques, réintervention décidée, qui montre peu de choses en dehors d'adhérences et où il est pratiqué une ovariectomie gauche et une résection du nerf présacré.

Cette nouvelle intervention ne semble apporter aucune amélioration notable à la malade, on note :

- des douleurs siégeant dans la fosse iliaque gauche
 - . continues
 - . recrudescence à la fatigue
- associées à une tendance à la constipation à laquelle la malade remédie par suppositoires et lavements.
- mais surtout apparaissent des rectorragies
 - . de sang rouge
 - . survenant isolément ou aussitôt après les selles
- Fait intéressant : ces hémorragies étaient précédées de douleurs abdominales ; leur fréquence semblait plus ou moins rythmée par les périodes menstruelles.
- Enfin, après survenue de l'hémorragie rectale, les douleurs abdominales cessaient.
- Ces rectorragies se sont produites entre 1955 et 1958 au rythme de 3 à 4 par mois.
- Des examens paracliniques sont alors pratiqués :
 - . rectoscopie normale
 - . lavement baryté qui ne révèle aucune lésion
 - . spontanément les rectorragies cessent en 1958

Par contre, les phénomènes dysménorrhéiques persistants font découvrir un fibrome et pratiquer une 4ème intervention en octobre 1959.

Compte-rendu opératoire : Résection de l'ancienne cicatrice : nombreuses adhérences. L'utérus est le siège d'un fibrome gros comme un pamplemousse et adhérent à la vessie en raison de l'hystéropexie. L'ovaire droit est occupé par un kyste hématique volumineux.

- Le sigmoïde, près de la charnière recto-sigmoïdienne, est le siège d'une tumeur grosse comme une olive, apparemment inflammatoire.
- Hystérectomie plus annexectomie droite.

Examen histologique : Endométrite chronique. Léiomyome peu étendu, très scléreux.

- Ovarite chronique, avec de nombreux kystes de type surtout folliculaire.

Les suites de cette intervention sont normales.

- A son entrée dans le service de Médecine, 2 mois plus tard, si les rectorragies ne sont pas réapparues, il persiste :

- des douleurs de la fosse iliaque gauche
- une constipation opiniâtre
- un état nauséux
- on note par ailleurs quelques troubles urinaires à type de pollakiurie.

- L'examen de l'abdomen est négatif : pas de tumeur décelée malgré la notion d'une masse sigmoïdienne.

- Les numérations globulaires sont normales.

- La rectosigmoïdoscopie est impossible à pratiquer du fait d'une mauvaise évacuation rectale.

- Un premier examen radiologique, techniquement difficile du fait des adhérences multiples, montre une image arrondie, à bords nets, très claire presque transparente, siégeant au niveau du sigmoïde dans la lumière intestinale, sans retentissement pariétal, faisant hésiter entre les diagnostics de polype et de fécalome.

- Un nouvel examen radio. pratiqué 15 jours plus tard confirme l'existence d'une formation polypoïde au niveau de la boucle sigmoïdienne.

- C'est alors que la malade est adressée dans le service du Pr Roux, pour intervention :

- C.R.O. Dr Arsac le 23-2-60 - Reprise de la médiane. Nombreuses adhérences. Induration de la fin du sigmoïde adhérent au moignon lombo-ovarien. On pense à une tumeur de la paroi colique et on envisage une

colectomie segmentaire. En complétant la dissection, on découvre une tumeur développée dans la paroi colique, du volume d'une noix. Elle présente un prolongement inférieur comme sur les radiographies. Elle est bien limitée et de contenu liquidien kystique.

- Exérèse respectant le colon. La lésion est sous séreuse.
- Colotomie et exploration au rectoscope. On ne voit aucun polype.
- Suture colique en I plan. Paroi en 3 plans.

- C.R. Histologique : Dr Martin

Ce prélèvement a été coupé en 2 niveaux différents. Il s'agit d'un stroma ovarien qui contient encore quelques ovocytes transformés en petits kystes folliculiniques. Le centre de cette poche est constitué par un kyste lutéinique qui conserve encore une couronne assez épaisse de cellules lutéiniques claires. En un point, on trouve une bande de tissu adipeux riche en vaisseaux et parcouru par quelques petits faisceaux musculaires lisses. Il semble s'agir d'un pédicule vasculaire. On ne trouve par ailleurs aucune trace de paroi colique.

- Les suites opératoires sont simples. La malade sort. Seules persistent quelques nausées après les selles.

De cette observation, nous retiendrons que

1 - sur le plan anatomique :

- cette tumeur comportait grossièrement :

a - un stroma ovarique formé de travées de fibres réticulaires et de cellules allongées

b - quelques ovocytes disséminés dans le cortex

c - un volumineux kyste bordé de cellules lutéiniques dont on ne sait s'il s'agit d'un corps jaune kystique physiologique ou d'une séquelle de corps jaune hémorragique dont l'épanchement après résorption fait place à une cavité.

d - une ébauche de pédicule vasculaire.

- ces éléments permettent d'affirmer que cette tumeur kystique a tous les caractères d'un ovaire.

2 - Sur le plan clinique

Remarquable est l'existence de rectorragies plus ou moins rythmées par les périodes menstruelles alors que l'examen opératoire ne décelera aucune effraction de la musculuse et de la muqueuse. On peut penser qu'il s'agit de phénomènes analogues à ceux constatés dans l'endométriose recto-sigmoïdienne ou ces hémorragies sont en rapport avec l'augmentation brusque de volume de la lésion, qui retentit sur le système circulatoire pariétal de l'intestin entraînant compression et stase, d'où peut découler une extravasation sanguine.

3 - Sur le plan pathogénique enfin

- Comment expliquer le siège aberrant d'un ovaire dans la paroi sigmoïdienne alors que l'ovaire gauche était censé avoir été enlevé 5 ans auparavant ?

- Les ovaires surnuméraires sont rarement rapportés :
Waldeyer en 1870, Swinghedauw et Houcke en 1925 ;

Winckel pense que cette anomalie est assez fréquente, mais passe souvent inaperçue puisqu'il en trouve 18 fois sur 500 autopsies.

- Pour Chiari, il peut s'agir :

- a - d'ovaires accessoires et succinturiés dus à la séparation d'une petite portion de tissus ovariens pendant la migration
- b - d'ovaires bipartites et pluripartites par arrêt de développement de la crête destinée à porter l'épithélium germinatif.
- c - d'ovaires en excès avec une trompe supplémentaire.

- Ces ovaires siègent au voisinage de l'ovaire normal au niveau du ligament large. Mais aucun mécanisme ne peut expliquer une localisation sur l'intestin avec lequel ils ne contractent aucun rapport lors de leur migration.

- Force est donc d'envisager l'hypothèse la plus simple : il s'agirait d'une greffe opératoire d'un ovaire difficilement libéré au sein d'adhérences multiples et dont l'excérèse a été incomplète. En témoignent : l'apparition post-opératoire des manifestations digestives chez une malade ne se plaignant jusqu'alors que de troubles génitaux ; la proximité du moignon lombo-ovarien constatée à l'intervention.

C'est pourquoi il est impossible d'intégrer cette observation dans le cadre des tumeurs kystiques du colon que nous allons étudier maintenant.

KYSTES DES COLONS

Sous le terme kystes des colons, nous entendons des tumeurs bénignes développées dans ou à partir de la paroi même du tube intestinal, ce qui élimine les kystes des mésos bien connus et qui ont d'ailleurs des liens de parenté.

Nous étudierons donc des formations disparates qui ont en commun

- leur siège
- leur aspect kystique
- leur symptomatologie.

Tout d'abord les tumeurs, développées par prolifération d'éléments cellulaires existant dans la paroi intestinale de l'individu normal :

- 1 - Tumeurs d'origine lymphatique constituées par les
LYMPHANGIOMES
- 2 - KYSTES ENTEROIDES, formes des restes d'anomalies embryologiques digestives.

Puis nous étudierons les tumeurs kystiques endométriales qui constituent la greffe au niveau du colon d'un tissu ectopique.

Nous éliminons de cette étude :

- 1 - les rares cas de tumeurs parasitaires, observés au niveau des colons ascendant ou descendant, comme en n'importe quel point de la cavité abdominale, résultant de greffes secondaires de kystes hydatiques opérés ou non antérieurement.
- 2 - Les kystes post-traumatiques qui ne sont que des hématomes enkystés de la paroi et qui rentrent d'ailleurs pour Beahrs dans le cadre des kystes lymphatiques.
- 3 - surtout la pneumatose kystique des colons.

C'est une affection, actuellement bien connue, caractérisée anatomiquement

par la présence de bulles remplies de gaz dans les parois de l'intestin.

Nous ne parlerons que de l'histo-pathogénie ; objet de multiples théories, qui nous permet d'éliminer cette affection du cadre de notre étude.

Ces bulles, sous-muqueuses au niveau des colons, sont bordées par un revêtement parfois aplati, parfois cubique, d'apparence syncytiale, avec en plusieurs points des cellules géantes endothéliales, témoignant d'un processus inflammatoire. Elles sont entourées parfois d'un tissu de granulation d'épaisseur variable, retentissant sur la musculature lisse.

Ces bulles dérivent du système lymphatique : pour Lenormant "tous les kystes sont des vaisseaux lymphatiques chroniquement enflammés et surdistendus par les gaz. Le vaisseau enflammé s'oblitère par endroit et les portions situées en amont de l'obstacle se distendent. La lymphe stagne puis est remplacée par des gaz sous pression". Semble en témoigner la présence, à côté de ces kystes gazeux, de lymphangiectasies emplies de lymphe et de lymphocytes.

Donc, atteintes du système lymphatique et phénomènes d'irritation sont les 2 éléments qui caractérisent ces lésions.

Comme par ailleurs il existe une agression associée de la paroi intestinale sous forme de polypes, on peut, avec Demole, évoquer une théorie pathogénique tenant compte de ces éléments.

La pneumatose est liée à un état irritatif très particulier qui crée une succession de lésions lymphatiques dont l'extension se manifeste jusqu'aux ganglions ? Et l'on peut se demander si les troubles vasculaires et inflammatoires liés à la présence de polypes intestinaux ne contribueraient pas au développement des kystes lymphatiques gazeux.

LYMPHANGIOMES KYSTIQUES

DES COLONS

Les lymphangiomes sont des tumeurs rares, découvertes un peu partout. Les uns sont diffus, les autres localisés et encapsulés. Tous résultent de la prolifération de vaisseaux lymphatiques qui, progressivement se dilatent irrégulièrement et se fusionnent pour former des kystes, d'où leur nom de lymphangiomes kystiques.

Ces kystes ont une paroi revêtue par un endothélium très mince. Ils sont remplis de lymphe sous pression.

Leurs cloisons contiennent des vaisseaux lymphatiques de toutes tailles, les uns petits, les autres en voie de dilatation : elles sont formées par du tissu conjonctif, de la graisse et des vaisseaux sanguins.

F R E Q U E N C E

Si, dans le cadre des tumeurs abdominales, les observations de kystes lymphatiques ont été fréquemment rapportées, elles l'ont été à propos de kystes mésentériques, puisque Beahrs en aurait 300 cas, Warfiels 58.

Elles l'ont été à propos des kystes de méso-colons, en particulier avec Sénèque et Seror en 1955.

La localisation sur le grêle est très rare, sur le colon, exceptionnel.

Au cours de la deuxième guerre, sur 263 tumeurs bénignes des colons, Erlich et Hunter ne trouvent aucun cas de lymphangiome.

Par contre, 11 cas de lymphangiomes kystiques du tractus gastro-intestinal apparaissent dans la littérature anglaise : 6 sur le jéjunum-iléon, 3 sur le rectum et 2 sur les colons.

Reichel observe 2 cas de lymphangiomes coliques.

Enfin, dans ces toutes dernières années, 5 observations sont rapportées par les auteurs américains.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

1 - SIEGE

Les 5 observations que nous avons étudiées les décrivent :

- un sur la paroi postéro-latérale du colon ascendant à 11 cm du bas-fond coecal.
- un au niveau de l'angle hépatique du colon,
- trois au niveau du colon transverse.

2 - VOLUME

Il est classique de décrire des kystes du mésentère énormes contenant plusieurs litres de liquide.

Cependant, dans les cas rapportés de localisation colique, ils restent de volume modéré, ne dépassant pas 4 cm de diamètre.

3 - NOMBRE

Ils sont apparus uniques.

4 - ASPECT

- Ces kystes de petit volume sont généralement sphériques, à paroi externe mucoïde, lisse et régulière.
- De couleur gris jaune ou jaune-rosé
- De consistance fluctuante dans la règle, parfois rénitents et pouvant alors en imposer pour une tumeur solide.
- L'un d'eux présentait à un pôle une zone hémorragique.

5 - CONTENU

Dans la règle, le kyste est uniloculaire. Une fois cependant de fines cloisons fibreuses segmentent la cavité en un grand nombre de logettes pleines de liquide.

Celui-ci peut être chyleux, c'est à dire blanchâtre, ayant l'aspect du lait crémeux et les caractéristiques cytochimiques du chyle avec de nombreuses gouttelettes graisseuses en suspension.

Il peut être séreux et dans ce cas clair, incolore ou citrin.

Enfin, il peut être brunâtre lorsque le kyste a été le siège de phénomènes hémorragiques endocavitaires.

6 - RETENTISSEMENT DU KYSTE SUR LA PAROI COLIQUE

A - Le kyste siège dans l'épaisseur de la paroi intestinale, la déformant.

- Dans ces cas, la séreuse est normale

- La musculuse, en regard du kyste, est atrophique, conséquence possible de la compression, mais la musculuse avoisinante est normale.

- La muqueuse enfin est intacte, caractère majeur encore qu'au cours d'évolution une ulcération en regard du kyste puisse apparaître, à l'origine d'hémorragies.

B - Le kyste fait saillie à l'intérieur du colon, comme cela est apparu dans 2 observations. La paroi semblait normale et seule la palpation permit de percevoir la tumeur.

- Dans ces cas, séreuse et musculuse étaient normales et la muqueuse s'invaginait dans la lumière intestinale sur la tumeur qui semblait pédiculée.

P A T H O G E N I E

Il convient d'opposer, avec Blondeau dans l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale les tenants des deux grandes théories ; rétentionnelle et congénitale.

I - THEORIE RETENTICNNELLE

- Pour certains auteurs, TUMBAL, WINIWATER, ROKITANSKY, ces tumeurs proviennent d'une obstruction sur des canaux lymphatiques normaux.

- Il peut s'agir d'un processus infectieux : le kyste serait en somme le résultat d'une lymphangite oblitérante d'origine digestive,

- il peut s'agir d'une dégénérescence d'un ganglion lymphatique, génératrice de stase et de dilatation en amont.

- En fait, selon Ewing, Prutz, Monier, la richesse anatomique du réseau lymphatique semble s'opposer à toute rétention.

- Walke d'autre part remarque que l'on ne retrouve pas d'infection ni dans l'anamnèse, ni en cours d'intervention.

- Ce polymorphisme de processus se retrouve dans la classification de Beahrs qui suit :

CLASSIFICATION DE BEAHR'S des kystes lymphatiques

a - Kystes embryonnaires

Ils sont intégrés dans le groupe des kystes entéroïdes, dermoïdes, résultats d'inclusions lymphatiques embryonnaires.

b - Kystes traumatiques et acquis

Ils apparaissent comme l'enkystement dans les tissus d'une hémorragie ou d'une extravasation de lymphes à la suite d'un traumatisme.

c - Kystes néoplasiques

soit bénins, par hyperplasie des lymphatiques, constituant des lymphangiomes,

soit malins constituant les lymphangio-endothéliomes.

d - Kystes infectieux et kystes dégénérés

d'origine tuberculeuse, parasitaire, mycosique.

II - THEORIE CONGENITALE

Semble plus satisfaisante.

Pour Keiller et Thomson, le développement du réseau lymphatique débiterait vers la 6ème semaine de la vie embryonnaire par 4 sacs lymphatiques d'où vont naître les vaisseaux lymphatiques.

Ces sacs s'atrophient normalement mais, dans un certain nombre de cas ils peuvent persister, se développer et donner naissance à des lymphangiomes.

Dans une telle hypothèse il pourrait exister dans le colon un petit fragment aberrant qui engendrerait une tumeur lymphatique. Il s'agirait d'une tumeur néoplasique lymphatique, analogue à celles qu'on peut rencontrer n'importe où dans le corps.

Il semble qu'une telle théorie soit valable pour toutes les formations kystiques que ce soit le lymphangiome vrai avec son aspect prolifératif ou le kyste lymphatique qui ne présente aucun aspect histologique de prolifération active.

C'est le point de vue de Valcke pour qui ces diverses tumeurs kystiques sont de même nature mais à un stade différent. Ainsi, un secteur restreint de la tumeur apparaît au stade de prolifération qui peut cesser au bout de quelques temps et le kyste ne s'accroît alors plus que par stase pure.

Aussi de nombreux auteurs considèrent-ils tous les kystes lymphatiques comme des lymphangiomes kystiques.

En conclusion, il semble que :

- 1 - l'origine embryonnaire de ces kystes ne soit plus discutée,
- 2 - la presque totalité des formations kystiques soit des lymphangiomes.

E T I O L O G I E

Les lymphangiomes kystiques s'observent à tout âge.

Néanmoins, dans notre statistique, il s'agissait de sujets adultes 52, 54, 62 ans et un vieillard de 89 ans, âge extrême, qui explique bien la latence de ces tumeurs.

SEXE

Les statistiques des kystes du mésentère révèlent 65 % d'atteinte féminine.

En ce qui nous concerne, 3 femmes et 1 homme étaient atteints.

C L I N I Q U E

Pauvreté et expression tardive des manifestations fonctionnelles expliquent ces découvertes chez des sujets d'âge mûr. L'une même est une découverte d'examen systématique chez un homme qui ne présentait aucun symptôme fonctionnel.

Dans les autres cas on a pu noter :

1 - des douleurs

- apparues depuis plusieurs mois, voire années
- vagues et modérées
- continues avec quelques paroxysmes
- de siège mal déterminé, ou au contraire localisées dans un flanc pouvant irradier en arrière.

2 - une constipation

- intermittente et modérée que l'interrogatoire découvre remonter à plusieurs années et précéder les douleurs.
- A noter que ces sujets avaient subi de multiples traitements symptomatiques inefficaces, l'un même avait été appendicectomisé.
- Aucun trouble de l'état général n'est noté, conservation de l'appétit, pas d'amaigrissement.

EXAMEN

Dans un cas, Alvich découvre dans l'hypochondre droit, à la palpation profonde, une masse mal définie, mais mobile, non douloureuse, sous une paroi parfaitement souple. Mais, dans la règle :

l'examen reste négatif et les touchers pelviens sont normaux.

En conclusion, tableau clinique peu évocateur où la radio demandée constitue un examen de routine.

Et pourtant elle est de grande valeur, l'étude d'Arnett et Friedmann dans leur Observation en témoigne.

La technique revêt ici une importance primordiale.

- Colon exploré segment par segment pour éviter toute superposition, avec baryte assez fluide et des clichés pas trop contrastés :
- étude minutieuse comportant des clichés en semi-réplétion, réplétion, collapsus , voire insuflation.
- On n'hésitera pas, comme Arnett à pratiquer un nouvel examen au bout de quelques jours, après préparation du malade, par grand lavement, pour éliminer les éléments stercoraux et sous modificateurs du comportement du péristaltisme intestinal.

1 - Le lavement baryté découvre la tumeur

- elle apparaît comme une lacune marginale
- à bords finement limités
- arrondie
- traduisant une localisation intra-murale
- la muqueuse apparaît intacte et la paroi colique au pourtour de la lésion est souple
- le colon, en amont, se remplit parfaitement
- ces éléments permettent d'affirmer la bénignité de la tumeur

2 - Quant à sa nature kystique, la preuve peut être apportée par la lecture des clichés aux divers temps

- du fait de sa nature liquidienne, elle apparaît le plus nettement lors de la réplétion partielle du colon par la baryte et disparaît lors du remplissage complet.
- De même, la compression, l'injection d'air font disparaître la lésion qui pourra réapparaître lors de l'évacuation,
- Ainsi cette image n'apparaît pas constamment sur tous les clichés.

L ' E V O L U T I O N

L'évolution est lente, étant donné le faible accroissement de volume de ces kystes. Néanmoins des complications se voient :

1 - une hémorragie intra-kystique peut entraîner par la brusque augmentation de volume de la tumeur une occlusion

- soit par obstruction de la lumière intestinale, avec son tableau d'occlusion basse, progressive et incomplète, avec météorisme en cadre et ondulations péristaltiques

- soit par invagination dans ces localisations sur le coecum et le coeco-ascendant

- peut s'installer alors un tableau colitique avec émission de glaires sanglantes, fausse diarrhée, et crises douloureuses de l'hypochondre gauche. C'est la radio qui fera le Dg.

2 - une ulcération de la muqueuse au contact de la tumeur est à l'origine d'hémorragies intestinales.

Dans l'observation d'Albich le kyste présentait à un pôle une plaque hémorragique. D'autre part l'hémorragie fut la complication qui révéla la tumeur chez le malade d'Higgason.

- Le sang est émis avec les matières, plus rarement isolé

- Il s'agit de sang rouge, dont l'abondance est modérée. Ces hémorragies peuvent remonter à plusieurs années, par épisodes isolés entre lesquels existent de longues périodes silencieuses.

3 - La dégénérescence n'a été constatée dans aucune localisation colique.

Par contre Beahrs signale cette éventualité deux fois sur 9 cas observés, mais il s'agit de kystes mésentériques.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Du point de vue clinique, les manifestations ne sont pas assez individualisées pour permettre d'éliminer telle ou telle cause : une appendicite chronique, une tuberculose digestive. Mais l'on sait par contre que toute manifestation intestinale qui ne fait pas sa preuve chez un adulte au-delà de 40 ans, doit faire évoquer le cancer et pratiquer un examen radiologique.

C'est donc essentiellement un diagnostic différentiel radiologique qui se pose.

Devant une lacune en effet :

- on éliminera un néoplasme qui donne une lacune irrégulière, à bords déchiquetés, atteignant la muqueuse et retentissant sur le colon alentour qui apparaît rigide, constante sur tous les clichés

- mais surtout les autres tumeurs bénignes coliques :

- 1 - le lipome auquel on pense dans la règle parcequ'infiniment plus fréquent

- il donne la même image bien limitée et mobile avec les divers temps de l'examen radiologique

- mais l'image d'une mince bande étroite et peu dense unissant la tumeur à la paroi traduisant l'existence d'un pédicule est le meilleur signe différentiel.

- également intéressante serait l'existence de nombreuses stries au sein de la tumeur.

- 2 - les hémangiomes exceptionnels où l'on retrouve au sein de la tumeur des calcifications traduisant des phlébolithes.

- 3 - les autres tumeurs bénignes du colon telles que les kystes entéroïdes. Nous les avons vus.

T R A I T E M E N T

Il est chirurgical. D'ailleurs toute tumeur colique susceptible d'être un cancer doit être explorée.

1 - L'intervention de choix est l'énucléation simple

- dans notre statistique, elle fut pratiquée 2 fois et donna d'excellents résultats.
 - elle consiste, après mobilisation du colon, à inciser une bandelette colique sur la tumeur fixée par les doigts, à extirper le kyste, et fermer la colotomie.
- a - mais elle nécessite la certitude que la paroi soit intacte. Il sera toujours prudent de pratiquer une coloscopie peropératoire pour juger de l'état du colon voisin.
- b - elle expose comme cet incident a été constaté, à une hernie diverticulaire qui peut apparaître dans la paroi après entérotomie.

2 - La résection limitée du colon en amont et en aval de la tumeur a été réalisée 2 fois avec bons résultats.

Elle apparaît justifiée à certains :

- en l'absence d'un Dg histologique seul capable de faire le Dg exact,
- cette intervention peu grave donnant une sécurité plus grande
- Beahrs en particulier la recommande, qui a vu dans une statistique portant sur 9 cas (mésentériques il est vrai) deux kystes dégénérés.

3 - Quant à l'iléo-colectomie droite d'emblée, en cas de localisation droite, elle semble disproportionnée avec cette lésion qui présente tous les caractères de la bénignité.

KYSTES ENTEROIDES

On a défini ces tumeurs sous des dénominations variées : kystes entéroïdes, ou entérogènes ou entérokystomes et plus récemment duplications.

Ils ont été décrits dans un traité à des chapitres différents : d'abord dans le cadre des malformations congénitales puis quelques dizaines de pages plus loin, au chapitre des tumeurs bénignes.

En fait, quelque soit l'âge où cette tumeur est découverte, quelque soit le polymorphisme de ses aspects, elle réalise toujours histologiquement une cavité limitée par une muqueuse reproduisant celle d'un segment intestinal quelconque et entourée d'une couche de fibres musculaires lisses.

Ces tumeurs ont fait l'objet de multiples travaux, surtout à l'étranger avec Lewis et Thing, Bremer, Veeneklaas, Drennen et surtout Gross et Ladd.

En France, nous retiendrons l'étude princeps de Terrier et Lecene en 1904, le travail de Bourde et Mosinger en 1937, et plus récemment la synthèse de Caldera et ses collaborateurs sur les duplications du grêle.

FREQUENCE

N'importe quel point du tractus digestif peut être atteint depuis la langue jusqu'au rectum.

La place des colons y est assez importante : une trentaine d'observations sont rapportées à ce jour :

- si Terrier et Lecene ne découvrent qu'une localisation coecale pour 2 jéjunales et 15 iléales
- Kettel en 1933, dans une statistique portant sur 88 cas met en évidence 17 atteintes coliques
- en 1953 Gross et Ladd sur 68 cas relèvent 6 kystes coliques et 3 dédoublements des lumières coliques.

SIEGE SUR LE CADRE COLIQUE

- 1 - La région iléo-coecale est le siège de prédilection.
 - Les kystes siègent à peu de distance de la valvule iléo-coecale, surtout sur le versant iléal.
 - Néanmoins des kystes coeaux sont souvent notés : Drennen relève 12 cas dans la littérature en 1931, Gross 3 cas dans sa statistique, Evans et Consiglio, chacun un à l'origine de l'ascendant, de même que Pellerin.
- 2 - L'atteinte du transverse est citée 1 fois par Gross, Lago en 1957 en rapporte 1 observation, Duhamel également. Miller décrit une duplication du transverse.
- 3 - Le colon gauche est 2 fois le siège d'un kyste dans l'ouvrage de Gross et Krogius en rapporte 1 cas.
Roberts et coll. récemment décrivent 2 K. entéroïdes du sigmoïde.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Aspect macroscopique et rapports du kyste avec la paroi intestinal

Mieux que la classification de Terrier et Lecène qui distinguent kystes sous muqueux, intra pariétaux et sous-séreux, il est préférable d'adopter la classification de Bourde et Mosinger :

1 - Kystes pariétaux intestinaux :

- les plus typiques, arrondis, siégeant dans la sous-muqueuse et plus fréquemment dans la musculuse
- ils font corps avec la paroi ou font saillie dans sa lumière

2 - Kystes juxta-intestinaux

- sont sous-séreux lorsqu'ils sont situés sur le bord libre ou une des faces du colon,
- ou intra-mesocoliques lorsqu'ils se développent sur le bord vasculaire de l'intestin dans l'épaisseur du méso.
- Ils sont toujours étroitement reliés à la portion adjacente du tractus digestif par l'intrication de leurs fibres musculaires et par les vaisseaux qui s'y rendent.
- Ils réalisent alors des tumeurs oblongues ou en saucisses, de longueur variable, pouvant au maximum réaliser un tube courant parallèlement au colon et sensiblement identiques à lui.
- Ils contiennent un liquide visqueux, filant, incolore ou jaunâtre parfois trouble. Rarement le contenu est de consistance dure et fécaloïde.

NOMBRE Ils sont dans la règle uniques, mais peuvent être polylobés.

TAILLE Très variable : le plus souvent diamètre de 5 à 8 cms. Cependant l'un de Drennen mesurait moins de 2 cms ; par contre certains atteignent 10 cms.

COMMUNICATION : un orifice de communication avec la lumière intestinale adjacente est retrouvée dans 1/5 des cas seulement. Néanmoins

dans les cas de Baldwin et de Roberts l'orifice laissait passer le doigt.

On a même décrit 2 orifices coliques avec la T., à ses 2 pôles.

HISTOLOGIE

Par contre la structure présente une remarquable unicité.

Ces kystes sont formés :

- 1 - D'une muqueuse rigoureusement identique à celle d'un segment intestinal, qui n'est pas nécessairement du colon et qui reste parfois mal différenciée, proche du stade embryonnaire.

La muqueuse gastrique est fréquemment retrouvée.

Enfin l'association de plusieurs muqueuses est possible.

Quant au liquide il présente une activité enzymatique variable selon les cas.

- 2 - La sous-muqueuse est constituée par un feutrage irrégulier de fibroblastes et de fibres musculaires lisses.

- 3 - Une musculeuse, dans la règle développée à 1, 2, 3 couches de fibres musculaires lisses, à ordination régulière et plus ou moins fusionnée avec celle du tube digestif.

Parfois une tunique est propre à la malformation et une autre se confond avec celle de l'intestin.

PATHOGENIE

qui se confond avec l'historique et l'embryologie.

1 - Jusqu'à ces dernières années avec les théories de

Lewis et Thing en 1907, on considérait les kystes comme d'origine diverticulaire, meckelienne ou non.

Dès un stade précoce de la vie embryonnaire se développent chez certains animaux et chez l'homme des diverticules le long du tractus digestif, qui disparaissent normalement au cours de la croissance.

La persistance et l'isolement d'une de ces formations seraient à l'origine de ces kystes.

2 - Après les travaux de Johnson, il semble, avec Bremer, que ces kystes soient dus à un vice de reperméabilisation.

- D'abord creux, le tube digestif se comble du fait de l'absence de parallélisme entre l'intense prolifération épithéliale et la discrète augmentation de longueur.

- Après la 6ème, 8ème semaine, une vacuolisation se produit qui aboutit à la lumière intestinale.

- Si une de ces vacuoles ne conflue pas, elle peut évoluer pour son propre compte, créer une cavité propre et expliquer une duplication.

- Cette théorie explique les cas de lumière double, triple ou quadruple, de même que les cas de duplication iléo-coeco-colique. Elle permet de comprendre l'association d'une duplication à une atrésie par absence de reper méabilisation.

3 - La fréquence de malformations associées, en particulier vertébrales, a fait évoluer plus récemment d'autres théories dans la genèse de ces kystes, auxquelles sont associées les noms de Bremer (1952), Veeneklaas (1952) Mac Letchie et Sanders (1954) et Beardmore (1958).

- L'anomalie apparaît très tôt dans la vie embryonnaire, vers la 3ème semaine, et consiste en une adhérence anormale entre l'endoblaste - futur intestin - et l'ectoblaste à travers moelle et vertèbres.

- Dès lors qu'une portion de ce canal persiste, elle peut être à l'origine d'un kyste avec ses variabilités : au contact de l'intes-

tin ou à distance, voire intra-vertébral mais toujours relié à lui par des tractus fibreux.

- Et une série d'observations viennent à l'appui de cette thèse

- duplication du rectum chez un enfant de 2 ans, unie aux téguments de la région sacrée.
- anse colique venant s'ouvrir à la peau à travers un spina bifida complet antérieur et postérieur
- gastrocytome de l'estomac
- kyste entéroïde contenant des éléments nerveux.

E T I O L O G I E

- Le sexe masculin est atteint plus souvent que le sexe féminin.
- Dans la règle, les entéro-kystes sont observés tôt, avant 20 ans.
- Dans la statistique de Gross, le plus jeune avait un jour
le plus âgé : 13 ans.

65 % au cours de la première année

9 % au cours de la deuxième année

8 % au cours de la troisième année

et un petit nombre de cas après, rarement après 20 ans.

- Rappelons cependant les observations de Consiglio qui le fait découvrir à 52 ans et de Roberts à 63 et 64 ans.

ASSOCIATIONS à d'autres malformations :

Atrésie oesophagienne ou du grêle, surtout vertébrale (spina bifida) qui présente un grand intérêt diagnostic et qui serait présente dans 1/3 des cas.

C L I N I Q U E

Théoriquement, les manifestations apparaissent rapidement, mais :

- d'une part la localisation colique rend le tableau clinique plus discret que dans les localisations sur le grêle,
- et d'autre part il faut faire jouer pour certains un rôle à la communication kysto-intestinale : en effet

. si un drainage continu de la sécrétion endokystique se fait, il est logique de penser que de tels kystes peuvent rester silencieux et de découverte d'autopsie.

- par contre une symptomatologie intermittente peut se voir, traduisant la fermeture irrégulière du kyste
- enfin, la fermeture complète peut entraîner alors une augmentation brutale du volume du kyste, avec ses conséquences mécaniques, douleur par mise en tension du kyste, obstruction de la lumière intestinale et occlusion, ou bien point de départ d'une invagination ou d'un volvulus.

Dans cette localisation peu commune, la tumeur comprime graduellement le colon et devient palpable, donc deux signes majeurs :
masse
douleur.

1 - Signes de tumeur abdominale

- Parfois découverte rapide, dans la première semaine de la vie, d'une augmentation du volume de l'abdomen.
- Dans l'observation de Shallow le ventre était apparu volumineux dès la naissance.
- Chez un homme de 52 ans, tumeur grosse comme une tête foetale est découverte
- Le plus souvent, elles sont de volume modéré
- grosse comme une noix dans le kyste coecal d'Aiguabella
- tuméfaction de la taille d'une orange dans l'observation de Lago.
- à la palpation il s'agit d'une tumeur lisse, sphéroïdale, de consistance ferme, élastique, tendue, douloureuse ou non
- la mobilité en peut être nulle
- ailleurs, il est possible de la déplacer dans la fosse iliaque droite où elle est le plus souvent découverte
- cependant Lago la découvre dans l'hypochondre gauche, Krogius dans la fosse iliaque gauche où elles donnent toutes deux un contact lombaire.

2 - Les signes d'accompagnement

La tumeur n'est presque jamais muette :

a - les douleurs l'accompagnent ou apparaissent isolées

- peuvent entraîner un syndrome douloureux chronique
 - au contraire souvent des crises intermittentes, soit rapprochées, soit éloignées.
- Dans le cas de Millar et Robertson, une fillette de 8 ans présentait des crises douloureuses F.I.D. tous les mois qui la conduisent à l'intervention avec le Dg d'appendicite.
- Dans la cas de Lago, une jeune femme de 16 ans souffre depuis l'âge de 4 ans de crises douloureuses intenses de l'hypochondre gauche, irradiant aux autres quadrans abdominaux, durant quelques heures pour cesser brusquement.

b - ces douleurs s'accompagnent :

- de vomissements ou de simples nausées pendant les crises
- ou de coliques qui se répètent de plus en plus tenaces et intenses sur un fond de constipation avec ou sans météorisme abdominal suivies parfois de diarrhées.

L'état général est assez bien conservé. Un amaigrissement modéré peut être noté.

COMPLICATIONS

En général, c'est devant le caractère sévère de leurs manifestations qu'on est amené à intervenir et à faire le diagnostic.

A - Les complications mécaniques

1 - L'occlusion intestinale est la complication la plus fréquente

- elle peut débiter brutalement et être complète
- ou plus fréquemment, il s'agit de crises douloureuses avec tr. du transit évoluant par épisodes successifs.

Le mécanisme en est varié :

- tantôt obstruction de la lumière intestinale par compression ou développement intra-cavitaire, comme dans les cas de Krogus et de Lago.
- tantôt le kyste est à l'origine d'une invagination intestinale comme dans le cas de Consiglio.
- au volvulus est l'apanage quasi exclusif des localisations sur le ceocum.

2 - La torsion d'un kyste pédiculé est exceptionnelle ; elle aboutirait à une péritonite par sphacèle.

Les autres complications sont à citer :

B - Complications hémorragiques

L'Hémorragie peut provenir :

- d'une ulcération de la paroi, liée à l'activité enzymatique lorsqu'il s'agit d'un K. à muqueuse gastrique
- s'une invagination intestinale dont le K. est le point de départ

C - Les complications infectieuses

Drennen cite un cas où le kyste n'est qu'un compartiment séparé du ceocum et donne insertion à l'appendice, celui-ci, de même que le

kyste, ayant subi une transformation purulente.

D - La dégénérescence est citée en plusieurs observations :

- Dans l'observation de Terrier et Lecène, la présence d'une ascite abondante leur fait évoquer un début de transformation cancéreuse d'un kyste coecal.
- Dans un cas de Melchior où l'examen d'un kyste de la région iléo-coecal révélait la présence de végétations papillaires, la tumeur survient 10 mois après dans un tableau de carcinose généralisée.

Mais dans la règle, les entéro-kystes restent des tumeurs essentiellement bénignes.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

- se pose différemment chez l'adulte et chez le nouveau-né.

1 - Chez l'adulte

Dg clinique : c'est celui d'une crise douloureuse intermittente, associé ou non à une tumeur abdominale.

On envisage les dgs les plus divers, en fonction de la notion de fréquence :

- abcès appendiculaire, malgré l'absence de signes infectieux
- kyste de l'ovaire compliqué,
- tumeur rénale dans certains cas où la tumeur donne un contact lombaire
- cancer digestif surtout, auquel on pense toujours malgré la régularité et la mobilité de la tumeur.
- au plus, dans les cas typiques, sera évoqué le dg de kyste du mésentère, infiniment plus fréquent et mieux connu.

Dg radiologique : reste très difficile.

- La radio de l'abdomen sans préparation peut montrer en cas de kyste important, une image claire et régulière, siégeant dans un quadrant de l'abdomen.
- Le lavement baryté n'apporte dans la règle pas le dg, dit Roberts, "parce qu'on n'y pense jamais chez l'adulte, et que des efforts suffisants ne sont pas mis en oeuvre pour mettre en évidence cette lésion exceptionnelle".
- Ce n'est que dans les cas, rares nous l'avons vu, où la duplication communique avec la lumière colique, qu'une image arrondie ou tubulaire, distincte du colon, apparaîtra, que le dg peut être envisagé.
- Il l'est surtout lorsqu'existe une duplication complète colo-rectale avec fistule périnéale pouvant s'injecter.
- Le plus souvent, la radio met en évidence une lacune colique dessinant un défilé plus ou moins irrégulier, ou un défaut de réplétion sur un des bords intestinaux, images évoquant le cancer.
- Contre ce dg militent : l'absence d'atteinte de la muqueuse, la souplesse de la paroi colique au voisinage de la lésion.

En réalité c'est l'intervention et l'examen anatomo-pathologique qui poseront un dg exact.

2 - Chez le nouveau-né le tableau est bien différent :

- la découverte d'une tumeur abdominale
- ou d'un syndrome abdominal aigu ou subaigu
- douleurs à type de coliques paroxystiques retentissant sur l'état général
- arrêt des selles ou émission de sang

attirent immédiatement l'attention et évoquent une malformation congénitale sans préjuger de sa cause.

- L'association d'une malformation en particulier spina bifida est de grande valeur.
- Ici les examens paracliniques seront réduits au minimum pour ne pas fatiguer l'enfant.
- Radio simple pouvant montrer une clarté gazeuse avec niveaux liquides qui situent le siège de l'occlusion.
- Lavement baryté pratiqué avec les précautions d'usage, qui montre un arrêt net de la baryte en un point du colon ou le refoulement d'un segment intestinal au contact de la tumeur.
- C'est le problème des occlusions néo-natales par :
 - atréisie
 - iléus
 - malrotation
- Ici, tumeur palpable, occlusion basse fait évoquer à l'heure actuelle le diagnostic de kyste entérogène.
- De toute façon l'intervention s'impose.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Il est fonction de l'anatomie et du siège du kyste.

- 1 - L'énucléation est théoriquement l'intervention de choix, encore qu'exceptionnellement pratiquée.

- Elle n'est pas traumatisante
mais dans les kystes pariétaux intestinaux, la fusion kysto-intestinale des éléments musculaires rend le plan de clivage difficile à trouver. Et en l'absence d'un Dg précis elle est dangereuse, d'autant qu'on a cité à plusieurs reprises une dégénérescence.

Dans les kystes juxta intestinaux, reliés à l'intestin par un pédicule perméable ou non l'excision est possible, qui emporte ou non une partie de la circonférence intestinale.

Une telle intervention expose au rétrécissement. De plus les rapports étroits des vaisseaux intra-mésocoliques avec la tumeur exposent à la nécrose du segment colique correspondant.

2 - Aussi l'intervention pratiquée est-elle la résection en masse de la tumeur et de l'intestin adjacent :

- résection variable suivant le siège, segmentaire sur le transverse et le sigmoïde
- étendue au niveau du colon droit
- suivi d'un rétablissement immédiat de la continuité
- C'est une intervention sévère chez le nourrisson dont le pronostic autrefois mauvais s'est considérablement amélioré depuis les progrès de la réanimation .

Gross et Ladd qui ont pratiqué chez des enfants très jeunes 4 résections et 1 excision n'ont eu qu'un seul décès.

3 - La marsupialisation, autrefois préconisée par certains auteurs, est une mauvaise intervention qui est maintenant abandonnée.

Quant aux dédoublements complexes (on ne peut plus parler de kystes) coliques, iléo-coliques ou iléo-colo-rectaux, les guérisons ont été obtenues au prix d'interventions itératives dont nous ne parlerons pas.

CONCLUSION

- Ces kystes entéroïdes sont des malformations congénitales reproduisant la structure du tube digestif.
- Leur pathogénie permet d'établir un lien entre une série d'anomalies de topographies diverses
- Le traitement est la résection de la tumeur et du segment intestinal n'ont rendu possibles les progrès de la chirurgie
- Le dg est fait à l'intervention mais on saura y penser devant des anomalies vertébrales, une occlusion incomplète d'apparition retardée, une tumeur palpable.

KYSTES ENDOMETRIAUX DES COLONS

L'endométriose est caractérisée par la présence de tubles glandulaires semblables à la muqueuse utérine normale, que l'activité physiologique transforme en kystes hématiques.

Dans sa localisation colique, l'endométriose prend le plus souvent une forme tumorale.

Néanmoins, la possibilité de formes kystiques font rentrer ces tumeurs dans le cadre de notre étude.

FREQUENCE

Sans être une lésion commune, l'endométriose intestinale n'est pas exceptionnelle et elle constitue la localisation extra-génitale la plus fréquente de cette affection.

- En 1953, Governale a retrouvé approximativement 181 cas d'endométrioses intestinales rapportés dans la littérature. Par ordre de fréquence l'endométriose atteint le sigmoïde, l'appendice, le rectum, le coecum.

- Parmi les statistiques, il faut retenir l'énorme rapport de Counseller portant sur 2226 malades opérées d'endométrioses et pourtant, son chiffre de 220 c'est à dire 10 % n'a pas une valeur absolue. Il en est de même pour la plupart des statistiques américaines.

- Cattell rapporte 104 cas d'endométrioses dont 17 intéressant le recto-colon.

- Fallon, pour 410 cas, découvre 23 % d'atteintes sigmoïdiennes.

- Jenkinson et Brown, 47 fois sur 117 cas. Kratzer et Salvati 77 atteintes coliques sur un total de 225 opérés.

De telles statistiques sont sujettes à caution car :

- elles englobent le recto sigmoïde d'une part;
- d'autre part, elles tiennent compte des atteintes de la cloison recto-vaginale ainsi que des adhérences utéro ou ovario-coliques.

C'est pourquoi il semble plus sage de suivre la critique sévère de Tremereaux qui n'admet guère plus de 1 % d'atteintes coliques au cours des endométrioses opérées.

- Quant à l'atteinte du coecum, Hancock et Martin, en 1955, ont retrouvé 43 cas d'endométrioses coecales dont quelques uns entrent dans les statistiques étudiées plus haut.

Enfin Adams Ray rapporte un cas d'atteintes associées du coecum et du sigmoïde.

TERRAIN

1 - Age

Cette affection atteint les femmes en âge d'activité génitale entre 20 et 50 ans. Les statistiques relèvent un âge moyen de 40 ans. Trois cas de femmes ménopausées sont notés et restent l'exception.

2 - Antécédents

- Très nette est la fréquence de la stérilité absolue (44 %)
- Intéressante, la stérilité relative de femmes ayant un enfant et ne pouvant en avoir d'autres ou faisant des avortements à répétition.

3 - Affections gynécologiques associées

- Intéressant est le fait que ces femmes présentent fréquemment des lésions génitales : myome utérin surtout, mais également troubles de la statique utérine (prolapsus et rétroversions), salpingite, kyste ovarien sont retrouvés dans plus de la moitié des cas. Ce sont d'ailleurs pour eux que l'intervention est indiquée, qui découvre l'endométriose.

- Citons enfin la fréquence chez les femmes porteuses d'endométriose, d'intervention de chirurgie gynécologique antérieures et particulièrement hystéropexies.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

1 - Macroscopiquement

Il faut insister sur la variabilité et sur le caractère évolutif de ces lésions. Ceci est bien montré dans l'observation de Funck-Brentano chez une femme opérée trois fois.

- Le 8.10.54, on découvre isolée une masse squirrheuse du sigmoïde
- le 19.11.54, avant les règles, la laparotomie découvre une multitude de microkystes goudrons sur la séreuse créant des adhérences iléo-iléales et iléo-coecales.

- A la troisième intervention, le 9.3.55, la cavité abdominale est redevenue libre alors que la tumeur sigmoïdienne persiste.

Donc, évolutivité des lésions au rythme des règles.

L'unité en est l'existence de kystes à contenu hématique qui sont le résultat de l'activité physiologique de la muqueuse utérine aberrante.

Sur les colons, on peut voir deux types de lésions :

- a - Lésions en rapport avec une atteinte diffuse sous forme de kystes de petite dimension ne dépassant pas la taille d'une cerise, soit disséminés, soit répartis en groupes confluents,
 - de couleur bleuâtre, contenant un sang visqueux et épais, comparable à du chocolat
 - et présentant à la coupe un aspect aréolaire, formé par des cavités séparées par des travées conjonctives
 - C'est dans ces formes que le diagnostic peropératoire d'endométriose est facilement posé.
 - Ce sont elles qui constituent la forme kystique.

b - A l'opposé, l'endométriose colique apparait comme une localisation tumorale de la maladie, parfois la seule localisation apparente dont le diagnostic y est très difficile avec celui de Ec.

Il se présente alors comme une tumeur très dure, infiltrante, mal limitée, pénétrant dans la paroi colique.

Parfois on a la chance de retrouver à sa surface, à côté de petits placards blanchâtre d'aspect cicatriciel, des kystes noirs.

Mais ici, la réaction conjonctive a pris une importance considérable et bien souvent la coupe seule de cette tumeur permet de retrouver les kystes hématiques noyés dans un stroma fibreux.

Parmi les localisations multiples, nous insisterons sur :

- 1 - l'existence d'un fibrome utérin,
- 2 - la présence d'un kyste goudron sur l'ovaire gauche, élément de grande valeur puisque, dans l'ouvrage de Tremeau, sur 32 cas, 27 fois il coexistait un kyste ovarien, parfois d'ailleurs difficile à découvrir, l'ovaire étant barré d'adhérences en position basse dans le Douglas ou coincé entre utérus et colon.
- 3 - Un nodule du Douglas de 0,5 cm à 1 cm de diamètre, de couleur brune, également caractéristique de la maladie.

2 - Microscopiquement

Quelle que soit la localisation de l'endométriose, cette lésion comporte un aspect histologique parfaitement constant, fait de 3 éléments :

A - Des tubes glandulaires disséminés dans la tumeur et constitués par un épithélium analogue à celui de l'endomètre :

- soit hautes cellules ciliées ou non à noyau allongé, aux mitoses fréquentes et à cytoplasme clair,

- soit cellules cubiques basses et irrégulières lorsque les tubes sont dilatés en kystes renfermant un liquide fait d'hématies dégénérées et de débris pigmentaires.

B - Le chorion cytogène réparti de façon inégale, entoure plus ou moins les kystes glandulaires. On y trouve une multitude de petites cellules stellaires à noyau ovocide, riches en chromatines et reliées entre elles par des prolongements protoplasmiques.

C - Les fibres musculaires lisses enfin, inconstantes et disposées de façon capricieuse, constituent l'ébauche d'un myomètre.

Tels sont les éléments communs de toute lésion endométriale.

En ce qui concerne les caractères particuliers de l'atteinte colique

1 - La tumeur - Ici les éléments du chorion cytogène d'aspect très dense et multicellulaire s'éparpillent par plaques au sein d'un stroma formé de fibres collagènes.

Les éléments glandulaires sont étroitement resserés dans cette fibrose et n'ont pas la possibilité de s'étendre.

Au total, dans cette localisation :

- peu de kystes glandulaires
- chorion cytogène abondant
- réaction de fibrose importante.

2 - La paroi - est très modifiée. Séreuse et musculeuse apparaissent épaissies et infiltrées, les fibres lisses sont écrasées et dissociées.

La sous-muqueuse n'est pas épargnée mais, fait capital, l'endomètre ne s'arrête net à la musculaire muqueuse qu'il ne franchit jamais.

Au-dessus, la muqueuse est intacte. Il n'y a ni sclérose, ni tissu inflammatoire.

PATHOGENIE

Elle a été l'objet de multiples théories depuis Recklinghausen et nous ne parlerons que de la théorie de la greffe à laquelle est attaché le nom de Sampson.

GREFFE par voie tubaire

Elle suppose un reflux par les trompes du sang menstruel et de fragments de muqueuse utérine susceptibles de se greffer sur les organes abdominaux.

Des images micro-photographiques d'ilots de cellules endométriales dans la lumière d'une trompe viennent à l'appui de cette thèse.

Mais comment admettre ces véritables métastases à grande distance de la cavité utérine telles que les localisations pleuro-pulmonaires ou des membres ?

GREFFE par voie sanguine

Sampson découvre le premier des cellules endométriales dans la paroi d'une veine d'un utérus.

Brocq, Varangot, Javert publient des micro photos d'embolies veineuses endométriales.

Dès lors s'expliquent ces métastases à distance.

GREFFE par voie lymphatique

Halban y avait pensé dès 1924 et cette hypothèse est renforcée par l'atteinte élective de certains organes riches en lymphatiques - col utérin, ligaments utérins, intestin.

Cet ensemble de théories pathogéniques semble actuellement rallier la majorité des auteurs.

Citons enfin les travaux de Lavander pour qui il se produirait effectivement une greffe qui dégénérerait très vite, laissant un tissu conjonctif d'aspect embryonnaire susceptible de sécréter une substance chimique

génératrice de métaplasie. Ce serait le phénomène d'induction que justifient certaines expérimentations chez le lapin - une greffe sous-cutanée d'endomètre pouvant déterminer une endométriose.

Il semble que peut-être la pathogénie exacte de l'endométriose soit une synthèse de toutes ces données.

C L I N I Q U E

Type de description : atteinte du colon sigmoïde.

Nous l'envisagerons sous son double aspect :

- manifestations digestives
- manifestations génitales.

A - MANIFESTATIONS DIGESTIVES

1 - La constipation

- très fréquente et très banale, elle prend de la valeur du fait qu'un interrogatoire poussé retrouve :

- . son caractère acquis depuis quelques années
- . l'existence de poussées paroxystiques mensuelles, au moment des règles.

- Elle s'associe ou alterne avec :

2 - La diarrhée

Symptôme rarement retrouvé mais assez typique quand chez une femme habituellement constipée, il apparaît au moment des règles.

3 - des douleurs de l'hypochondre gauche peuvent être retrouvées à type de colique.

4 - l'hémorragie intestinale franche ou à type de glaires coexistant à l'hémorragie cataméniale est un élément de grande valeur mais n'est que rarement retrouvée.

Citons enfin la douleur à l'émission des gaz, à la défécation, aux épreintes survenant au moment des règles.

Telles sont les manifestations digestives.

Au maximum peut être réalisée une occlusion traduisant une sténose bas située et survenant :

- après un long passé douloureux abdominal
- parfois après une courte phase de constipation et de douleur
- parfois révélatrice, sans aucun antécédent.

B - MANIFESTATIONS GENITALES

1 - La dysménorrhée - signe de grande valeur retrouvé dans plus de la moitié des cas.

Il s'agit d'une dysménorrhée acquise apparaissant dans la vie d'une femme, assez tard, dont les règles avaient été jusque là peu ou pas douloureuse.

tardive, ne survenant que le 2e ou le 2e jour de la menstruation ou même après l'arrêt de l'hémorragie.

devenant de plus en plus intense et pouvant atteindre une intensité telle que la malade vit dans la terreur de la menstruation à venir.

En fait ces caractères sont rarement au complet et il faut savoir évoquer endométriose devant une dysménorrhée banale.

2 - Les ménorragies ou métrorragies si elles sont fréquemment retrouvées, sont peu spécifiques de l'endométriose, et traduiraient plus tôt le fibrome si fréquemment associé.

3 - la dyspareunie

enfin est citée de même que la pollakiurie menstruelle, une pesanteur pelvienne à la marche.

L'EXAMEN CLINIQUE

- Il est bien souvent décevant ou peu expressif.
- Le T.V. associé au palper abdominal montre en effet souvent une augmentation modérée du volume de l'utérus dont les contours restent réguliers, la consistance uniformément ferme, la sensibilité nulle parfois un certain degré de rétroversion et l'on parle d'utérus fibromateux.
- Souvent est affirmé le dg de myome devant un utérus bosselé irrégulier.

Plus intéressante serait la découverte de s. spécifiques de l'endométriose

1 - une infiltration de la cloison recto-vaginale en dehors de toute atteinte néoplasique

2 - la perception d'un petit nodule du Douglas plaqué contre le col utérin, douloureux à la pression.

- Dans de tel cas où le Dg est évoqué, il convient de revoir la malade à intervalles réguliers pour juger des variations de volume de l'utérus au cours du cycle menstruel : augmentation nette immédiatement avant et au moment des règles, régression après.

Au T.R. on peut percevoir le petit noyau du cul de sac de Douglas mais l'ampoule est vide, la muqueuse est souple.

EXAMENS PARACLINIQUES

1 - EXAMEN AU SPECULUM

Très intéressant dans certains cas, car peut venir confirmer la perception des nodules du Douglas. On voit alors saillir sous la muqueuse vaginale de petits nodules arrondis et bleuâtres qui truffent la paroi du cul de sac postérieur car ils se développent et où ils peuvent être biopsiés.

2 - RECTOSCOPIE

Examen de système lordque existent des manifestations digestives au 1er plan ; a été dans la statistique de Treneau signalée 14 fois.

- Certes, elle ne permet pas d(atteindre toujours la tumeur, mais dans la règle elle permet de voir :

a - une zone rétrécie plus ou moins longue, plus ou moins rigide

b - une muqueuse a son contact normale ni oedématiée ni inflammatoire seulement un peu plissée

Seul Benz a décrit un aspect polypoïde de la muqueuse.

Grâce à cet examen, Mayo a vu 16 fois la tumeur sur 18 cas d'endométriose sigmoïdienne,

Mac Cuff a posé 7 fois le dg exact sur les 12 cas qu'il a examinés.

3 - RADIOGRAPHIE

a - L'image typique donnée par le lavement baryté est celle d'une lacune constante sur tous les clichés, obstruant plus ou moins la lumière intestinale et dont les contours sont nets.

b - il peut s'agit d'une image de rétrécissement sur un plus long segment que dans le Kc.

Une telle lésion présente tous les caractères de la bénignité :

- la paroi intestinale reste à son contact normale et parfaitement souple.

- la muqueuse apparait elle aussi sensiblement normale, présentant un relief transversal d'arrêt sous compression

- au voisinage, ni spasme ni autre s. d'irritation perceptible.

Outre le dg de bénignité, il est possible de poser le dg de tumeur intrinsèque, d'origine pariétale et d'éliminer les compressions extrinsèques chez lesquelles l'encoche est beaucoup moins profonde, se raccordant à angle obtus avec les parois.

EVOLUTION

- 1 - A la ménopause la symptomatologie cyclique s'atténue jusqu'à un stade de guérison - encore qu'on ait pu parler de réactivation paradoxale après ménopause pouvant être liée à un Tt hormonal intempestif.
- 2 - des complications peuvent se voir :
 - citons seulement l'infection, la cancérisation qui sont discutées
 - l'occlusion est la complication majeure qui peut survenir tardivement, car il ne faut pas s'attendre à un effacement anatomique total des lésions, surtout dans cette localisation colique où les réactions de fibrose sont si importantes. Nous en avons vu les diverses modalités.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

- 1 - Celui ci est centré sur le Kc.
 - Dans la statistique de Treneau, chez 60 malades présentant des signes d'obstruction basse, le dg d'endométriose n'a été posé que 15 fois, et pourtant l'étude de ces cas aurait du permettre plus souvent un dg exact.
- C'est pourquoi nous reprendrons avec Kratzer et Salvati dans un tableau synoptique les éléments du dg différentiel :

ENDOMETRIOSE

CANCER

AGE	25 à 45 ans	40 à 60 ans
SEXE	FEMMES	65 % HOMMES
PERTE DE POIDS	NULLE OU MODEREE	MARQUEE
FERTILITE	NULLE OU 1 ENFANT	NORMALE
CONSTIPATION	INTERMITTENTE ET ASSOC. AUX REGLES	PROGRESSIVE ET DE COURTE DUREE
DYSMENORRHEE	FREQUENTE	SANS RAPPORT
SANG DANS LES SELLES	RARE ET SEULEMENT PENDANT LES REGLES	FREQUENT
RECTOSCOPIE	MUQUEUSE INTACTE	ULCERATION SAIGNANTE
RADIO	LACUNE A BORDS NETS OU LONG DEFILE	LACUNE A BORDS IRREGULIERS OU DEFILE COURT

A ventre ouvert le dg reste difficile :

- ou il existe des lésions diffuses d'endométriase telles qu'un kyste goudron ovarien et le dg doit être évoqué, ce qui est loin d'être le cas,
- ou l'endométriome colique est isolé. L'absence de ganglions, l'entérotomie montrant l'intégrité de la muqueuse, sont des éléments de valeur chez une femme jeune et devraient faire pratiquer une BIOPSIE extemporanée.

3 - Les autres dg sont plus aisés à éliminer :

- a - la sigmoïdite avec son cortège infectieux et ses signes radio-assez caractéristiques
 - rétrécissement étendu dessinant un défilé chiffonné, en accordéon, et à
 - la rectoscopie, des ulcérations superficielles, séparées par des zones saines.
- b - compressions extrinsèques avec :
 - un tableau très voisin
 - une image radio assez comparable avec conservation des plis de la muqueuse, mais angle de raccordement obtus, nous l'avons vu.

ENDOMETRIOSE COECALE

- La rareté de cette localisation a été soulignée aux généralités.

Hanckock et Martin distinguent aussi les 2 types de lésions :

L'endométriiose localisé du coecum, qu'ils opposent à l'endométriiose iléo-coecale diffuse.

- Même symptomatologie avec la douleur abdominale rythmée par les règles, la constipation.

- L'évolution peut se faire vers l'occlusion :

L'INVAGINATION iléo-coecale dans le colon en est la forme la plus caractéristique : elle évolue sur un mode subaigu, par crises, avec douleur, météorisme abdominal, constipation.

- Dg différentiel : on pensera à un néo du coecum, surtout à l'appendicite, un kyste de l'ovaire.

C'est dire la valeur de la radio.

En fait le Dg reste un Dg opératoire et histologique.

T R A I T E M E N T

Diverses méthodes :

A - Les interventions directes au niveau du colon atteint.

1 - au minimum un anus de dérivation pratiqué un certain nombre de fois devant un tableau d'occlusion intestinale aiguë. Il a l'avantage de ne pas couper les ponts et de permettre des examens paracliniques d'où peut découler le diagnostic.

2 - L'amputation d'emblée avec anus définitif devant un aspect de cancer du bas sigmoïde, découverte d'examen histologique, aux conséquences désastreuses et pourtant pratiqué 6 fois sur 61 dans la statistique de Tremeau.

3 - la résection de la tumeur avec rétablissement de la continuité (pratiquée dans la moitié des cas) avec ses diverses modalités techniques :

- immédiate avec rétablissement de la continuité, bord à bord, en un plan extra-muqueux,
- immédiate avec anus de dérivation temporaire,
- secondaire après extériorisation de la tumeur et anus temporaire.

Chez une femme jeune, en assez bon état général, la résection limitée d'une tumeur aseptique est un élément de bon pronostic.

4 - L'exérèse extra-muqueuse de la lésion réalisée exceptionnellement et pourtant intervention conservatrice de choix lorsque possible.

B - Les interventions sur la sphère génitale à visée pathogénique

1 - La castration réalisée par l'exérèse de l'utérus et des annexes parce que la suppression de la sécrétion ovarienne entraîne l'atrophie de l'endométriase.

- faite par nécessité devant un fibrome utérin ou des lésions annexielles endométriales associées à une lésion colique,
- ou faite de principe - Diagnostic posé, quel que soit l'état des organes, afin de guérir l'endométriose colique.

Cette intervention, fréquemment pratiquée (20 fois sur 60) est restée isolée ou a été associée à une intervention colique.

2 - Enfin, résection d'un kyste de l'ovaire avec conservation de celui-ci et avec ou non action sur la lésion intestinale.

C - Thérapeutique médicale

1 - Traitement hormonal

- Abstention chirurgicale chez une femme au voisinage de la ménopause dont on espère la guérison de troubles tolérables.
- On met alors en train un traitement hormonal.
- Moulonguet préconise l'emploi d'hormone mâle qui provoquerait l'aplasie de la muqueuse utérine - 150 à 300 mg/mois
- Par contre, certains emploient paradoxalement les oestrogènes.

2 - Castration par agents physiques

aux doses habituelles de 2500 r.

- semble moins efficace que la castration chirurgicale
- a donné au moins un échec à Funck Brentano
- elle serait indiquée dans les récidives post-opératoires
- la radioth. à doses modérées donne de bons résultats pour certains
- enfin, citons le radium.

I N D I C A T I O N S

Elles sont difficiles à poser parce que :

1 - Le dg d'endométriose est rarement posé et le chirurgien s'adapte grossièrement aux lésions qu'il trouve,

2 - Le dilemme est délicat à résoudre :

- ou pratiquer une résection intestinale relativement dangereuse sur le plan technique, alors qu'une hystérectomie avec annexectomie, bien plus facile, est à même de guérir une telle lésion,

- ou bien castrer une femme en âge d'activité génitale, avec ses conséquences psycho-somatiques alors que :

• d'une part la ménopause peut apporter la guérison de l'endométriose,

• et que d'autre part l'intervention ne sera peut-être pas suffisante pour éviter l'évolution de l'endométriose colique vers l'occlusion et l'intervention d'urgence.

C'est l'importance et l'aspect des lésions qui doivent guider l'intervention.

1 - Il s'agit d'une endométriose avec atteinte pluriviscérale. Il semble que dans ce cas une castration soit indiquée malgré ses inconvénients.

- On peut espérer une guérison de la lésion colique quand elle se réduit à un ou 2 kystes intra-pariétaux.

- Une exérèse extra-muqueuse simple serait dans ce cas l'intervention idéale.

2 - La lésion colique est au premier plan, sténosant déjà le colon et donnant lieu à des manifestations sib-occlusives.

L'importance des réactions de fibrose rend peu vraisemblable la guérison sous l'influence de la castration et laisse la malade exposée aux accidents d'une occlusion aiguë.

- Dans un tel cas la résection avec rétablissement de la continuité est une bonne indication. Elle sera associée ou non à la castration selon l'âge de la malade, selon l'état des lésions et son désir peu vraisemblablement réalisé, de grossesse.

Quant au traitement médical, il constituera un traitement d'épreuve et tirera ses indications des récidives, des échecs ou des impossibilités du traitement chirurgical.

C O N C L U S I O N

Il convient de ne pas disproportionner l'acte chirurgical de cette maladie avec sa gravité qui reste moyenne.

C'est dire la valeur qu'on attachera aux Dg clinique, para-clinique et singulièrement à la conjonction de la rectoscopie et de la radio.

C O N C L U S I O N S

Nous rapportons l'observation d'une femme au lourd passé gynécologique, chez qui apparaissent, à la suite d'une ovariectomie gauche, des manifestations intestinales, cliniques et radiologiques. L'intervention découvre une tumeur, incluse dans la paroi du sigmoïde et constituée par les éléments d'un ovaire kystique banal.

Il apparaît qu'une telle hétérotopie ne peut être expliquée par la présence congénitale d'un ovaire surnuméraire en position ectopique, anomalie que refusent l'embryologie et l'anatomo-pathologie, mais seulement comme la conséquence accidentelle d'un acte opératoire sur un pelvis remanié par de multiples interventions.

Du moins cette observation nous aura-t-elle permis d'étudier les tumeurs kystiques bénignes des colons, dont la synthèse n'a pas été entreprise à ce jour, et qui comportent :

- les lymphangiomes kystiques, qui restent exceptionnels,
- les kystes entéroïdes, dont les pédiatres nous ont appris à connaître la pathogénie et qui répondent mieux au terme de duplications,
- les endométrioses coliques enfin.

Ces tumeurs kystiques du colon forment un ensemble anatomique disparate et pourtant elles présentent de nombreuses analogies :

1 - Du point de vue clinique :

Elles ont en commun une même symptomatologie fonctionnelle digestive, faite de douleurs, de phénomènes subocclusifs, de saignements, toutes manifestations qui attirent l'attention mais ne préjugent pas d'une cause aussi rare.

2 - Du point de vue radiologique :

Elles donnent les mêmes images de lacune à bords nets, sans l'atteinte de la muqueuse et sans le retentissement pariétal de voisinage, communs aux lésions malignes.

Mais il faut insister avec les auteurs qui ont observé de telles tumeurs sur les difficultés techniques et la minutie avec lesquelles l'examen radiologique doit être pratiqué et interprété.

3 - Du point de vue pronostique et thérapeutique, enfin :

Ces kystes sont et restent des tumeurs bénignes, qui ne justifient pas les exérèses étendues auxquelles les exposent les erreurs de diagnostic.

Vu, le Président de Thèse,

Professeur M. ROUX

Vu, le Doyen de la Faculté,

Professeur L. BINET

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

J. SARRAILH

B I B L I O G R A P H I E

G E N E R A L I T E S

- Bret et Seneze -- Dystrophies ovariennes -- Encycl. M. Chi. Gynécologie
133 E 10
- Cottier -- Pneumatosis -- Gastroenterology -- 1959 -- p. 224
- Demole -- Arch. Mal. Ap. Digest. Oct 1959
- Moles -- Thèse Pneumatose kystique du sigmoïde 1948
- Monot -- Tumeurs de l'intestin grêle Am.J.Surgery T. 73 p. 385 1947
- Mme Parturier-Albot -- Arch. Mal. Ap. Digest.T 45 1955
- Rachet -- Busson -- Debray -- Maladies de l'intestin et du péritoine
Flammarion 1954
- Rachet -- Charrier -- Pneumatose kystique -- Mal. Ap. Digest. T 38 p. 318
1949
- Swinghedauw et Honcke -- Bull. Soc. Obst. et Gyn. Paris T 14 - N° 7
1925
- Weinberger -- T. de l'intestin grêle -- Surgery T 24 p. 35-53 Juil. 48

LYMPHANGIOMES KYSTIQUES

- Alvich - Cystic lymphangioma of hepatic flexure of colon -Annals
Surgery T. 152 p. 880-4 Nov. 60
- Arnett et Friedmann - Radiology T. 67 p. 882-85 Dec. 56
- Beahrs - S. Clinic North America T 30 p. 1081-96
- Blondeau - T. du mésentère - Encyclopédie M.C. 1950
- Finsterer - Chirurgie du gros intestin
- Hardouin - T. bénignes des colons - Encyclopédie M.C. 9067 A 10
- Higgason - Am. J. Roentgen - T. 79 p. 850 Mai 1958
- Koenig - Arch. of Path. T 60 p. 431-34 Oct 55
- Masson - Traité des tumeurs humaines - 1956
- Mouchet et Chatain. - T. intestin grêle Paris Médical 1947
- Sénèque - K. du mesocolon J. Chirurgie Dec 55 T 71
- Swigert - Lymphangiomes du rectum - Rocky mountains M S 1948 T 45
p. 772
- Vidal - Contribution à l'étude des K. lymphatiques du mésentère Thèse
Paris 1955

K. ENTEROIDES

- Aignabella et Candi - Enterokystome de la paroi coecale
- Bourde et Mosinger - K. entéroïdes - J. de chirurgie T 50 p. 289-
305 Sept 37
- Calderon - Duplication intestin grêle chez N.N. Archives de pédiatrie
T 17 1960
- Cansiglio - Archivio delle Malattie dell app
T 19 p.77-9 1953
- Drennen, Fevre , Barcat, Duhamel - Congrès des pédiatres de langue
française - Alger 1951
- Duhamel - Chir. du N.N. - 1953
- Gross et Ladd - Surgery of infancy
- Krogius - K. rare du colon descendant - Deutsche Zeitsch
Juillet 30
- Lago - Pathologica T 49 p. 89-95 1957
- Martini - Minerva chirurgica 1946
- Miller - Unusual lesions of coecum - Am.J.Surgery T 99 p.179-87 Fev 60
- Pellerin - Actualités chirurgicales - O. intestinales 1953
- Roberto - Duplication du sigmoid colon - Annals of surgery p. 904 Avril 60
- Terrier et Lecene - 1904
- Thomas - Duplications du tube digestif - Thèse Paris 1955

ENDOMETRIOMES KYSTIQUES

- Brocq et Varangot
Congrès français de chirurgie - 1939-1945
- Delannoy
- Delmas - Journal de radio, d'électrologie et de médecine nucléaire 1959
- Feldmann - 7 cas, J. Mount Sinai Hosp NY T 27 p. 622 Dec 60
- Funck Brentano - Mémoires d'académie de chirurgie 1956
- Governale et Fioretti - Review gastro-enterology - T.20 1953
- Hancock - British journal of surgery - T. 42 1955
- Houel - Encyclopédie M.C. 1961
- Jenkinson et Brown - J.A.M.A. T. 122 1943
- Kratzer et Salvati Amer. Journ. Surgery T. 90 1955
- Larget - Mémoires d'académie de chirurgie 1959
- Spjut Am. J. Roentg. p. 1070 Dec 59
- Tremaux - Thèse 1959



**AGEMP
POLYCOPIE**

8, rue Dante

PARIS - V •

Téléphone : ODÉon 58-90